

Mødetitel	27. Primærsektor-forum møde	MedCom
Mødedato	3. juni 2021	Forskerparken 10
Tidspunkt	13-16	5230 Odense M
Sted	Videomøde	Tlf: +45 6543 2030
Deltagere	Martin Bagger Brandt, PLO Nicholas Christoffersen, PLO Jens Qvesel, Danske Regioner Johan Salto Heide Mamsen, Danske Regioner Michael Frank Christensen, PL-forum, EG Healthcare Louise Koppel, EG Healthcare Kjeld Gandrup, CompuGroup Medical Michael Munk Jakobsen, NOVAX Anne Bukholt Pedersen, FAPS Jan Kristensen, KiAP Jesper Sørensen, PLSP Rikke Viggers, MedCom Lars Hulbæk, MedCom Michael Johansen, MedCom Marianne Broholm, MedCom Anne Kathrine Leksø, MedCom Alice Kristensen, MedCom Tina Bjørnsholm, MedCom Tom Sørensen, MedCom Gitte Henriksen, MedCom (referent)	E-mail: ghe@medcom.dk www.medcom.dk 16. juni 2021
Afbud:	Anne Mette Marker Mertz, FAPS Poul Aver, GANGLION	

Referat:

1 Velkomst og præsentation

Tom bød velkommen til mødet og opridsede kort de praktiske oplysninger omkring videomøde. Der er afbud fra Anne Mette Mertz. Velkommen til de 2 nye fra Danske Regioner som kort præsenterede sig. Herefter var der en kort præsentationsrunde.

Referatet fra seneste møde er blevet sendt meget sent ud. Der var ingen bemærkninger til referatet.

Herefter gennemgik Tom kort dagsordenen og Martin startede med præsentation af punkt 2 på dagsordenen.

2 Orientering om opstart af QA-proces med systemhusene om Min Læge app'en

Problem

Det blev aftalt på møde i primærsektorforum den 10. marts 2021, at der skal igangsættes et arbejde med opfølgning på de enkelte systemhuses understøttelse af Min Læge app'en. Ambitionen med arbejdet er at sikre, at både klinikker og patienter oplever en ensartet understøttelse af Min Læge app'en uanset hvilket systemhus, klinikken anvender. Arbejdet skal

gennemføres sammen med de enkelte systemhuse og med respekt for aftaler eller vilkår, systemhuset måtte være underlagt.

Samtidig vil arbejdet også give mulighed for at få input fra systemhusene til, hvordan samarbejdet og koblingen mellem appen og lægesystemet fremadrettet kan udvikles yderligere. Fx understøttelse af sikringsgruppe 2.

Primærsektorforum orienteres om de påtænkte aktiviteter her i opstarten.

Løsning

Arbejdet foreslås opdelt i en afdækningsfase og en udvikling/tilretningsfase.

Fase 1 – overblik over nuværende systemunderstøttelse

Lært af MedComs hønsestriik ønsker PLO at etablere en oversigt (hønsestriik) over systemhusenes understøttelse af Min Læge app'en på vigtige funktioner som fx e-kons., tidsbestilling, vedhæftning af billeder, synkronisering mv.

Hønsestriikken udarbejdes sammen med det enkelte systemhus, hvor der forsøges beskrevet, hvordan systemhuset understøtter den enkelte funktionalitet. Funktionen angives med en farve (grøn, gul, rød) afhængig af, hvordan systemet understøtter funktionen.

På baggrund af denne afdækning etableres et samlet overblik, der kan give parterne mulighed for at prioritere, hvor der skal justeres på understøttelse til Min Læge, og udarbejde en samlet plan.

Fase 2 – Udvikling og tilretning

På baggrund af overblikket igangsættes arbejdet med hvert systemhus om at foretage den nødvendige udvikling/tilretning og der aftales en løbende opdatering af oversigten/hønsestriikken.

Det tanken, at hønsestriikken kan anvendes til kommunikation med fx klinikkerne om, hvordan de enkelte systemhuse understøtter Min Læge app'en. En løbende ensretning af systemunderstøttelse skal også bidrage til at minimere mængden og kompleksiteten af sager der lander hos både systemhusenes support og supporten hos PLSP. Det vil også være i denne fase at forslag til nye forbedringer mellem appen og lægesystemet konkretiseres nærmere.

Indstilling

Det indstilles, at forummet drøfter orienteringen og kommer med evt. input.

Martin opsummerede på ovenstående.

Vi har fået lavet en relativ finmasket app, og der er kastet en stor mængde energi og penge i løsningen.

Mikkel fra Virgilerne vil sammen med PLSP og leverandørerne gå i gang med arbejdet. De 4 af de 5 leverandører har meldt sig, og der er blevet sat navne på, og de vil blive trukket ind efter behov.

Der er en kortlægningsfase, hvor der bliver kigget på, hvad der er op og ned i arbejdet.

I fase 2 skal der laves aftaler om, hvad der skal rettes og udvikles på efter kortlægningsfasen. Hønsestriikken vil blive offentliggjort på PLO's og MedComs hjemmeside med trafiklys omkring funktionalitet efter aftale med leverandørerne.

Vi er nu nået hertil, hvor det første spadestik skal tages, så det var en kort orientering om at arbejdet er sat i gang.

Kommentar: det nævnes, at man har haft en dialog udenom dette her med en læge, som er meget utilfreds med løsningen MinLæge. Det kan muligvis være katalysator for en rød klud for nogen, hvis de ikke er enige i hvor godt løsningen er implementeret.

Tips og tricks, smarte funktioner osv., som er oplyst på leverandørernes online hjemmesider, er ikke nødvendigvis med i MinLæge.

Michael J.: Ros for at lave hønsestriik. Pointen lige her er at få koordineret med MedComs certificering omkring aktiviteter, som involverer MedComs standarder, så de stemmer overens omkring at være rød, gul eller grøn.

Nicholas: håndtering af CDA-er på aftaler, det er jo også andre leverandører, som leverer disse til MinLæge app-en.

Diagnosekort figurerer ikke på listen lige nu spørger Tina ind til.

Den vil først komme på i en version 2. Vi skal lige være obs. på denne også.

Konklusion:

Orientering med input.

3 Orientering om forsinkelser på den nationale serviceplatform og konsekvenser for projekter i almen praksis

Problem

Sundhedsdatastyrelsen meldte ud i starten af maj måned 2021, at igangværende projekter der vedr. den nationale infrastruktur bliver sat på hold, fordi ressourcerne prioriteres til indsatsen mod COVID-19 og udvikling af Coronapasset.

Udmeldingen har stor betydning for udvikling og idriftsættelse af løsninger i almen praksis under programmet *Et samlet patientoverblik* (Aftaledeling og deling af forløbsplansdata) og *It-løsning til gravide*, der alle er afhængig af den nationale infrastruktur (NSP).

PLO og MedCom orienterer primærsektorforum om dialogen med SDS.

Løsning

PLO og MedCom har sammen gjort Sundhedsdatastyrelsen opmærksom på, at forsinkelserne beslaglægger en stor mængde ressourcer hos både MedCom og de leverandører PLO samarbejder med ift. *Samlet Patientoverblik*. Det skyldes det forhold, at både leverandørerne og medarbejdere hele tiden er i "aktivt i stand-by mode", fordi der ikke meldes en klar og realistisk tidsplan ud fra Sundhedsdatastyrelsen. Derfor eksisterer der fortsat en forhåbning i projekterne om, at man kan nå at implementere løsningen uden alt for store forsinkelser, hvilket formentlig vil vise sig ikke at være realistisk.

PLO og MedCom har i kommunikationen til SDS ytret et stærkt ønske om, at SDS grundlæggende re-planlægger implementering af de store nationale projekter set i lyset af forsinkelserne grundet Corona eller få meldt en officiel pausering ud, som gør det muligt for alle, at kaste sig over andre prioriterede aktiviteter, indtil de store nationale projekter, som SDS sidder 'i midten af', er klar igen.

Indstilling

Det indstilles, at forummet tager orienteringen til efterretning og kommer med evt. kommentarer hertil.

Martin opsummerede på ovenstående.

Der er ikke officielt varslet forsinkelser, så det er uspecifikt, hvor lange forsinkelserne er.

Vi har bedt om en ny tidsplan, og vil få replanlagt samlet patientoverblik hele vejen rundt, når tidsplanen er der.

Det kunne være en ide, at replanlægge implementeringen for at komme hele vejen rundt. Er presset af økonomiaftaler.

Samlet patientoverblik er presset.

Konklusion:

Orientering.

4 Graviditet i almen praksis

Problem

Der gives en status på arbejdet med udvikling af det digitale Graviditetsforløb i Almen Praksis.

Løsning

PLO, PLSP og MedCom arbejder på udvikling af den løsning, som skal understøtte graviditetsforløbet i almen praksis. Løsningen indebærer, at PLSP udstiller et web-modul med et graviditetsoverblik og indtastningsformular til oprettelse af svangreforløbet og til graviditetsbesøgene målrettet almen praksis.

Alle lægesystemerne kan give deres brugere adgang via sikker sessionsoverdragelse. Graden af integration og "kontekstoverdragelse" mellem lægesystemerne og web-modulet er fleksibel og implementeres efter aftale med lægesystemerne. Der er nedsat en lægefaglig brugergruppe, som giver input og lægefaglig kvalificering af løsningen.

Løsningsforslaget indeholder indhentelse af PRO-oplysninger via Min Læge Appen til understøttelse af lægens oprettelse af graviditetsdata ifm. 1. lægebesøg.

Der er udsendt samarbejdsaftaler til 3 lægesystemleverandører (XMO, EG Clinea og NOVAX) om implementering af de delelementer af løsningen, som er nødvendige for at kunne indgå i pilotafprøvningen.

De lokale projektorganisationer i Region Syddanmark og Region Hovedstaden er i gang med at indgå samarbejdsaftaler med alment praktiserende læger om at indgå i pilotafprøvningen.

Graviditetsforløb i Almen Praksis koordinerer tæt med hovedprojekt "Digital understøttelse af Graviditetsforløb" og følger projektets milepæle. Der arbejdes hen imod pilotafprøvning fra 15. september 2021.

Indstilling

Det indstilles, at gruppen tager orienteringen til efterretning.

Martin opsummerede på ovenstående.

Målsætningerne er, at der er end to end test i hele graviditetsprojektet i august måned og opstart i september måned.

På egen banehalvdel er der god fremdrift i webmodul som er bygget af PLSP. Der er en brugergruppe med læger, som giver input til den tekniske løsning.

Spørgeskema skubbes ud via MinLæge til de gravide, så der laves nogle bedre henvisninger. OUH og Aabenraa og Rigshospitalet indgår i piloten på regionssiden, og almen praksis er repræsenteret med ca. 15 klinikker fra 3 lægepraksissystemer,

Rikke: Vi afventer en tilbagemelding fra hovedprojektet vedrørende tidsplanen, som skal drøftes ved styregruppemødet i næste uge den 10.06. I vil blive de første til at høre tilbage hvis der opstår forsinkelser, som følge af situationen på NSP. Vi sidder alle sammen fast, da der ikke bliver meldt ud fra hovedprojektet. Det skaber frustrationer og lægger beslag på mange ressourcer.

Jesper nævner, at PLSP har været ramt af nogen af disse forsinkelser. Lige præcis med graviditetsprojektet vil det være uheldigt at melde ud for sent, da der er mange tekniske udfordringer.

Opfordrer til rettidig omhu, så man ikke får presset projektet, pga. tidspres.

Michael Frank: det burde have været på plads for længst, om projektet skal udskydes eller ikke.

Tom: Replanlægning så man tager hensyn til projektets deltagere, så der ikke er nogen, som skal lave det hele i sidste øjeblik.

Kjeld: Det er en generel ting, at man ikke får noget at vide omkring ændringer o.a.

Lars: Synes at PLO og MedCom har været så klare i mælet, som vi har kunnet. Vi har skrevet til topledelsen for at bringe det til torvs. Lars oplever, at regionerne siger det samme omkring at blive tidspresset. Det bliver spændende, hvad der bliver sagt til styregruppemødet.

Michael Munk: Hvis vi ender i en replanlægning, så er det ikke bare et par mdr., det kan skydes, så er det ikke bare lige, da det vil rykke på mange andre projekter, som vil blive ramt.
Lars: Det er hele projektporteføljen som der bliver taget op.

Konklusion:
Orientering.

5 Håndtering af FLP klynge-visning og opdatering af klinikkernes databehandleraftaler

Problem

I forbindelse med udviklingen af Klyngevisninger baseret på Forløbsplansdata er man nu kommet så langt, at man ønsker at sætte løsningen i produktion og gøre den tilgængelig for klinikkerne. For at dette kan lade sig gøre rent juridisk kræves det, at klyngevisninger tilføjes til klinikkernes databehandleraftaler med systemhusene samt at alle klinikkers privatlivspolitikker opdateres.

KiAP og PLO har drøftet en mulig alternativ løsning med PL-forum, som kunne håndtere juraen i en begrænset periode indtil den endelige opdatering af databehandleraftaler og privatlivspolitikker foreligger, da en opdatering af dokumenterne hos alle klinikker tager tid, og vurderes ikke at kunne være realiseret inden sommerferien.

PL-forum har meldt tilbage, at man ikke kan bakke op om en midlertidig løsning, men i stedet ser arbejdet med opdatering af klinikkernes dokumenter igangsat hurtigst muligt.

En igangsættelse af dette arbejde kræver dog tilføjelse af ny økonomi til PLO, der på nuværende tidspunkt fortsat afventer en aftale om en ny overenskomst, hvori der bl.a. er indlagt økonomi til at PLO fortsat kan bistå klinikkerne på dette område. Derfor er PLO ikke i stand til at påbegynde opdateringen af klinikkernes databehandleraftaler og privatlivspolitikker før der er reel udsigt til en ny overenskomst, hvilket ikke forventes at ske på denne side af sommerferien.

Indstilling

Det indstilles, at forummet tager orienteringen til efterretning.

Martin opsummerede på ovenstående. (Se slide).

Lægerne bruger klyngerne til at tale om data osv. og noget data genererer de selv, og andet får de fra regionerne.

De databehandleraftaler, der er indgået med klinikkerne nu, omhandler ikke rigtigt dette. Kan der laves en midlertidig aftale i forhold til forløbsplaner, hvor der er nogen klinikker som er i gang? PL-forum er ikke så glad for en midlertidig løsning, vil gerne have en rigtig løsning. Det koster selvfølgelig tid og penge. Der er ikke nogen overenskomst endnu og derfor har PLO ikke kunnet igangsætte arbejdet. Det vil blive svært at nå at starte op og få en løsning igennem inden sommerferien. Appel til LPS om at de starter op og får kigget på det?

Michael Frank: Der er ikke den store villighed til at starte op, men PL-forum vil gerne komme med et oplæg, som PLO så kunne nikke til.

Martin har mest brug for, at vi får skubbet på, så vi finder en vej til at komme videre, så de læger, som deltager i klyngearbejdet kan komme videre.

Nicholas: Tilslutter sig og synes vi skal starte med PL-forums tilbud.

Konklusion:
PL-forum kommer med et oplæg til PLO.

6 Drøftelse af kommende overgang fra ICD10 til ICD-11 i Danmark og håndtering i almen praksis

Problem

WHO lancerede i juni 2018 den 11. reviderede version af sygdomsklassifikationen ICD-11 som optakt til præsentationen på Verdenssundhedsforsamlingen (World Health Assembly, WHA) i maj 2019, hvor den blev vedtaget af medlemslandene. WHO har udmeldt, at ICD-11 skal træde i kraft fra 1. januar 2022, men den forventes først implementeret i DK på et senere tidspunkt.

Sundhedsdatastyrelsen er i gang med en foranalyse, der har til formål at kortlægge decentrale konsekvenser af dansk overgang til ICD-11 og er nu begyndt at kontakte aktører i primærsektoren herom.

Spørgsmålet er, hvilket konsekvenser overgangen vil have for arbejdsgange, teknik og lægefaglige aspekter i almen praksis?

Der skal overvejes, hvorledes mapningen til ICPC2 skal gennemføres og om/hvornår der skal opgraderes fra ICPC2 til ICPC3.

Løsning

Ifølge Sundhedsdatastyrelsen repræsenterer ICD-11 en ganske væsentlig ændring i forhold til ICD-10. Ændringerne består bl.a. i:

- Antallet af sygdomskoder er stærkt udvidet
- Koderne er blevet længere
- Der leveres fra WHO en række værktøjer til at håndtere sammenhæng mellem koder. Det er endnu ikke besluttet, i hvilket omfang disse værktøjer også implementeres i SKS, som fortsat vil være den "motor" hvormed klassifikationer distribueres i Danmark.

Der ønskes input fra alle parter i primærsektorforum af, hvad overgangen fra ICD-10 til ICD-11 vil betyde i almen praksis i relation til lægepraksissystemer, fælles kørende løsninger og igangværende projekter, herudover et muligt skifte fra ICPC2 til ICPC3.

Det er i dag DSAM, der ejer den danske licens til ICPC2, herunder mapningen til ICD10. Der skal igangsættes en dialog med DSAM kommende overgang til ICD11 og evt. ICPC3.

Indstilling

Det indstilles, at forummet drøfter overgangen fra ICD-10 til ICD-11.

Tom opsummerede på ovenstående. (Se slide).

SDS er i gang med en foranalyse, der har til formål at kortlægge decentrale konsekvenser af dansk overgang til ICD-11 – også i primærsektoren.

Implementeres først senere i Danmark. Uofficielt nok ikke før 2024

Der er mange flere diagnoser i ICD11 og kun ca. 60% kan umiddelbart konverteres.

Hvilke konsekvenser vil det få i overgangen fra de kørende løsninger?

MedCom skal gøre noget ved standarderne, så skal det være en del af moderniseringen?

PL-forum: Er svært at forholde sig til hvilke konsekvenser det vil have. De vil selvfølgelig gerne deltage, men de vil gerne have noget mere teknisk indhold på, inden de kan forholde sig konkret til dette. Skal der være noget legacy? Det er helt fint at Michael J. er kontakten i forhold til det tekniske.

Michael J.: Vil gerne bære synspunkter og input ind i disse SDS arbejdsgrupper.

Der er en teknisk arbejdsgruppe og et teknisk spor og et transitionsspor. Michael sidder i den tekniske arbejdsgruppe og arbejdsgruppen vedrørende transitionen.

Tom: Hvad har man tænkt sig i forhold til ICPC2 til ICPC3? Er det DSAM, som skal indover dette?

Michael Frank: Skal man kun have SKS og ICPC og slet ikke ICD10 eller 11. Det skaber stor forvirring hos lægerne.

Nicholas: har snakket med DSAM. De har mest diskuteret ICPC3. DSAM synes rimelig godt om ICPC3. De er nok ikke rigtig klar til at træffe en beslutning endnu. Der er nye grupper, hvor der er mulighed for at kode.

PLO har prøvet at hægte det op på det nye diagnosekort. Det er aftalt, at PLO skal invitere KiAP ind omkring diagnosekortprojektet for at begynde at grave lidt i problematikken. De har brug for at klæde de rigtige folk på til at kunne tage beslutningen.

Konklusion:

Vi holder primærsektorforum inde i loopet gennem Michael Johansens deltagelse i SDS for-analyse.

Nicholas indkalder KiAP, DSAM og MedCom til et indledende møde ang. opdatering af ICPC 2.

7 Implementerings- og migreringsplan for MedComs FHIR korrespondancemeddelelse

Problem

Der skal vedtages implementerings- og migreringsplan for MedComs FHIR korrespondancemeddelelse (FHIR-KM). Flere LPS-leverandører samt it-leverandører for EOJ samt EPJ samt regioner og kommuner har deltaget i MedComs FHIR møder/workshops i år 2020-2021, disse deltagere er blevet forespurgt om deres implementeringsplaner for FHIR-KM. Nogle LPS-leverandører og EOJ-leverandører har oplyst at de planlægger release af FHIR-KM Q2-Q3-Q4 år 2022, enkelt EOJ primo 2023, mens regionerne releaser i løbet af år 2023. Flere af parterne efterlyser MedComs fælles nationale implementerings- og migreringsplan for FHIR-KM. Der er behov for at kende samtlige it-leverandørers implementeringsplaner samt drøfte MedComs migreringsplan samt at FHIR-KM indgår i testcamp planlægningen for år 2022. På MedCom styregruppemøde d. 10. juni 2021 præsenteres forslag til implementerings- og migreringsplan for MedComs FHIR-KM.

Ift. migreringsperioden er planen, at modtager skal kunne konvertere fra FHIR til edifact/oi-oxml, hvis modtager ikke kan modtage FHIR format på aftalt dato/årstal, MedCom stiller konverteringsværktøj til rådighed.

Ift. indlejrede bilag i FHIR-KM, er der er behov for at alle kommuner kan modtage FHIR-KM, da kommunerne ikke kan modtage bilag konverteret til MEDBIN.

Løsning

På mødet drøftes muligheder ifm. implementerings- og migreringsplan for MedComs FHIR-KM. LPS-leverandørerne inviteres til at fremsende deres implementeringsplan for MedComs FHIR-KM samt deltagelse i fælles national implementeringsplan som omfatter migreringsløsning samt plan for test og certificering år 2022.

Indstilling

At LPS-leverandørerne deltager og indgår i fælles national implementerings- og migreringsplan for MedComs FHIR-KM.

At LPS-leverandørerne testes og certificeres i FHIR-KM på testcamp år 2022.

Lars opsummerede på ovenstående.

Vi arbejder med at få omlagt korrespondancemeddelelsen til FHIR meddelelse.

Vi er i gang med at prøve at lægge dette puslespil, for at få standarden implementeret og få koordineret hele vejen rundt.

Flere parter har overordnet plan men ...

- Er der nogen at udveksle med?
- MedCom beslutning for migrering/overgangsløsning er efterspurgt blandt flere aktører
- Nogle afventer national tidsplan, eller at it-leverandørs tidsplan meldes ud

- Nogle i gang med at skifte EPJ-system, andre i EOJ-udbud
- Stigende konkurrence om udviklingsressourcer hos LPS'er

149 systemer er certificeret til at kunne den nye korrespondancemeddelelse og kommunikationen er mest mellem praktiserende læger og kommuner samt sygehuse. (Se slide).

Der er store forskelle i tidsplanerne, som spænder over flere år grundet kommuner i udbud, EPJ-implementering.

Status juni 2021 (se slide)

Understøttelse i migreringsperiode, hvor modtager, som ikke kan modtage FHIR korrespondancemeddelelse skal konvertere til EDIFACT/OIOXML. Skal give incitament til at udfase EDIFACT/OIOXML.

MedCom stiller open-source konverteringskomponent til rådighed.

Vi laver ikke en "en til en" mapning.

Vi vil rigtig gerne gøre noget for at minimere denne her overgangsperiode.

Vi kunne godt tænke os at skaffe midler, så der vil være nogle penge til samarbejdsaftaler, så det kan komme jer til gode.

Vi vil kunne rykke på LPS og EOJ først og siden hen regionerne.

Det vil give mening, da der er en stor udveksling af korrespondancemeddelelser LPS og EOJ imellem og så må regionerne bruge konverteringskomponenten.

Vi har jo god erfaring med testcamps med jer.

Michael Frank: Vi har tidl. bragt op, om vi er sikker på rationalet i det her. Er det et tog som er startet op og så ikke kan stoppes, og måske er der ikke nogen som vil stoppe det? Giver det her FHIR overhovedet mening?

Det er meget fornuftigt med en konverteringskomponent. Skal både gammel og ny korrespondance understøttes?

Lars: det at vælge FHIR og modernisering har været efterspurgt og snakket om siden 2017-2018. Vi er blevet bedt om at tage det store spring i stedet for at tage små hop med OIO XML og udfasning af edifact. Vi skulle hoppe direkte fra EDIFACT til FHIR. Vi synes, vi har lyttet til samtlige arkitekter og leverandører.

Michael Frank: Er det infrastruktur vi vil lave om eller er det FHIR. Vi er alle sammen blevet klogere. Kan vi stoppe toget nu, og er det det rigtige tog, vi har sat i gang?

Michael J: Der er også noget for klinikerne i det her skifte med ekstra oplysninger, det er ikke kun et teknisk skifte.

Lars: MedCom er efter en bred proces med stor leverandørinddragelse blevet bedt om at modernisere to ting: Infrastrukturen til meddelelser skal væk fra VANS og over på eDelivery. Standarderne skal væk fra EDIFACT og over på FHIR. Vi er blevet bedt om at vælge en international standard med god værktøjsunderstøttelse, bl.a. for at gøre det lettere for IT leverandører at sælge systemer i udlandet og ansætte programmører fra udlandet. Og især leverandørsiden har frabedt sig flere CDA'er og i stedet peget på FHIR.

Michael J: I modtagersituationen skal man kunne understøtte både gammelt og nyt format, mens man som afsender kan anvende et format.

Martin: Vi har meget fokus på indbakken. Skal vi lade godstoget køre videre. Har også meget fokus på kommunikationen ml. lægerne og kommunen, så kan teknikken forbedre dette, så er det et gode set fra PLO's side.

Michael Frank forstår ikke, at det hænger tæt sammen, at man både skal have ny infrastruktur og nye standarder samtidig. Ser ikke noget problem i at have fortsat med xml'erne.

Michael J.: Vi slipper ikke for at skulle konvertere og vedligeholde flere standarder/versio-ner.

Michael Frank: Lad os arbejde på en plan med at komme i mål.

Konklusion:

Moderniseringen af både infrastruktur og meddelelser er en stor mundfuld og vil kræve en investering. Valget af løsningen er godt gennemarbejdet med involvering af alle parter inkl. leverandører, så der er konsensus for moderniseringen hele vejen rundt. Det vigtigste arbejde lige nu er et godt roadmap med underliggende planer. Alle planer vil ikke være klar på en gang, men vil blive udarbejdet løbende.

8 Diagnosekort i almen praksis

Problem

Diagnosekortet pilotafprøves maj og juni i brug og deling mellem 8(9) pilotklinikker og udvalgte patienter i samarbejde med CGM, NOVAX, A-Data, PLSP og Min Læge. Oprindeligt skulle pilotafprøvningen starte først i maj, men der har været forsinkelser grundet travlhed og omfang der gør, at pilotafprøvningen generelt forsinkes op til en måned både med hensyn til afprøvningen i klinikkerne og i Min Læge.

Løsning

Projektleder Tina Aagaard Bjørnsholm fra MedCom fremlægger en mundtlig orientering om status og konsekvenser af forsinkelsen.

Indstilling

Det indstilles, at gruppen drøfter konsekvenserne af forsinkelsen.

Tina opsummerede på ovenstående.

Der var leverandørgruppemøde i går. Vi er lige ved at gå i gang med at udbrede diagnosekortet hos XMO, NOVAX og WinPLC pilotbrugere. Tidsplanen for pilotafprøvningen er skubbet men dog med sommerferien som bagstopper. Se slide hvor pilotklinikkerne er placeret. Den oprindelige tanke var 4-ugers afprøvning med lægen som bruger, herefter skulle Min Læge kobles på, og så 4 uger hvor patienten var på. Tidsplanen er ændret i forhold til dette. Vi spurgte leverandørerne, hvad holdningen var til at fortsætte hen over sommerferien og leverandørerne har ikke tænkt sig at lukke ned for afprøvningen i sommerferien. Efter evaluering kigger vi på dokumentation og faglig vejledning, så vi kan begynde at forberede storskalaafprøvning. XMO har meldt tilbage, at det er alle brugere, som får løsningen i efterårets storskalaafprøvning.

Diagnosepakken foreligger i en 0.9 udgave. Efter pilot- og storskalaafprøvning vil der nok komme nogle mindre rettelser, inden den foreligger i den endelige 1.0 udgave, hvorefter MedCom vil kunne tilbyde test og godkendelse af LPS i Diagnosekortet.

Efter 1.6.22 vil diagnosekortet være udbredt. (Se slide).

Tom: Der er lidt en forsigtighed hos pilotleverandørerne om at få diagnosekortet ud på PLSP. Vi opfordrer til, at få det lagt op på PLSP nemt og bekvemt. Det vil gavne afprøvningen at åbne op for en supereffektiv arbejdsgang, så må vi evaluere, om der er noget, som skal rettes, og det vil vise sig endeligt i evalueringen. De løsninger, vi så på seneste leverandørgruppemøde, vil der nok komme en reaktion på fra lægerne, da der er rigtig mange klik.

Michael Munk: Hvis diagnoserne skal deles pr. default, så skal det være et krav, når de skal testes, så leverandøren kan sige, at det er blevet besluttet fra projektets side.

Nicholas: Årsagen til at PLO har kastet sig ind i projektet er, at det er ikke bare diagnoser vi vil dele, det er diagnoser som SKAL deles, og det er vigtige diagnoser. Det bliver lavet fordi diagnoserne skal deles. Bekymringen er, at der måske deles for mange diagnoser, som giver flere spørgsmål end hjælp. Så det er bare supervigtigt for PLO, at vi får delt en masse diagnoser i afprøvningen. Og det er vigtigt, at vi får erfaringer med deling i dette projekt.

Martin: Vi skal huske, at i piloter skal vi høste erfaringer, og dem skal man lære af. Få ben-spænd ryddet af vejen med det samme, så som mange klik her i starten, ellers er han bange for at det vil give frustrationer.

Tina: Det er pilotleverandørerne, som er forsigtige, lægerne efterspørger deling og vi deler ikke med andre end patienten selv i piloten.

Nicholas: Synes det er et godt projekt og der god energi fra folkene fra PLO.

Tom: Synes også, det er et godt projekt, og der har været god tilslutning fra både LPS og lægerne. Det er den store forbrænder for det nationale projekt, mener Tom, og at et kommende nationalt diagnosekort sandsynligvis vil lægge sig tæt op ad det diagnosekort, vi er ved at udvikle i almen praksis.

Kjeld: Bekymring om, hvad det er, der sker derude. PLO's holdning var jo tidligere, at alt skulle blive i praksis. XMO synes stadig, at det er den enkelte læge, som bestemmer, hvad der skal deles og ikke, også selvom PLO synes noget andet.

Nicholas: Som udgangspunkt vil PLO helst have, at det er pt. som bestemmer, hvad der må deles med resten af sundhedsvæsenet, gennem min spærring. I sjældne tilfælde kan lægen hjælpe, hvis pt. ikke kan finde ud af det.

Michael Munk: Man skal hæfte sig ved, at det er et supergodt projekt. Fokuser hellere på at få implementeret ny struktur af diagnoser og ensretning af diagnosekodning, som vel er det projektet går ud på, frem for om et flueben er sat pr. default til deling eller ikke.

Konklusion:

Orientering.

9 CE-mærkning

Problem

Den nye EU-forordning om software og apps for medicinsk udstyr trådte i kraft 26. maj 2021. En af konsekvenserne heraf er, at der er softwareløsninger, der vil falde ind under minimum klasse IIa i CE-mærkningen.

I Min Læge er der flere tiltag i gang, hvor det fx overvejes at indbygge funktionalitet, der beregner patientens hjertealder ud fra helbredsoplysninger og patientens egen indtastning. Algoritmen, der beregner hjertealder, vil givet vis skulle klassificeres i minimum klasse IIa. Andre eksempler er fx løsninger til beslutningsstøtte, der også formodes at skulle klassificeres som minimum IIa.

Løsning

På mødet drøftes, hvilke konsekvenser den nye CE-mærkning har for LPS-systemerne og de projekter, som forummets medlemmer samarbejder om.

Indstilling

Det indstilles, at forummet tager en drøftelse om mulige konsekvenser af den nye CE-mærkning.

Tom opsummerede på ovenstående.

Det kan have indflydelse på projekter fremadrettet.

Den nye EU forordning om software og apps for medicinsk udstyr trådte i kraft 26/5-2021. CE-mærket udstyr efter gamle regler har frist til 2025.

I den nye vejledning, er der nogle gode eksempler på, hvad der skal CE-mærkes fremadrettet, ikke selve systemet, men moduler i systemet, CE-mærkning, eksempel 1, se beskrivelse på slide.

CE mærkning eksempel 2, se beskrivelse på slide.

Eksempler kunne være WebPatient Pro, Pro i MinLæge, osv.

Har I tænkt tanker hos LPS, om hvad der skal CE-mærkes hos jer?

Michael Frank: Grundlæggende skal de ikke CE-mærkes, men de har da kigget på det og snakket om det i PL. Skal der CE-mærkning på beslutningsstøtte?

Bliver det også rejst hos Sentinel? Forventes det, at branchen selv løfter dette, kunne også nævne forløbsplaner?

Martin: PLO har brug for at få noget mere afdækning af, hvad det er for en fisk. Forlydender om, at det er meget dyrt og meget tungt. Få kigget mere på de strukturelle ting og hvad er det for databehandlinger, som kræver en CE-mærkning. Nøgternt og ædrueligt blik på, hvad det er, der skal til. Hvad er det for nogle databehandlingsprincipper?

Tom: Dem som skal certificere og lave CE-mærkning, er det dem, som skal kontaktes? Er det noget software, som skal certificeres?

Michael J: Hvor mange systemer rammer dette her? Er der krav til bestemte sektorer, og hvor de kører henne?

Tom: Hvis det er en algoritme, der understøtter en sundhedsfaglig beslutning, så skal det CE-mærkes. Der er lavet et godt stykke arbejde omkring beskrivelse af forordningen med en klasse IIa.

Anne: Det er rigtigt, at alle PRO-skemaerne skal CE-mærkes. Der laves et kæmpe materiale og forarbejde til systemerne, da det er dem, som skal certificeres. Der er kæmpe ventetid for at få CE-mærkning, mindst 2 år. Det ville være rart, hvis der var nogen eksperter, som man kunne kontakte. I forhold til Sentinel så skal det have et medicinsk eller terapeutisk formål for, at det skal CE-mærkes.

Martin: Får man bøder, hvis CE-mærkningen ikke overholdes, også set i lyset af omløbstid på certificering? Det kunne være godt at have nogle svar på disse spørgsmål.

Jan: Man skal tænke på, om der kan være nogle funktioner af medicinsk karakter, som skal certificeres. Der skal laves en risikoklassificering og ud fra den vurderes det, om det skal CE-mærkes eller ikke.

Lars: Der må være nogle af disse problemer/spørgsmål, som man kan skubbe videre til den nationale bestyrelse. Der må være både regioner o.a., som sidder med samme problem.

Konklusion:

Det vil være godt at få en tilkendegivelse fra den nationale bestyrelse af, hvorledes hele situationen omkring, hvad der skal CE-certificeres hvornår, og hvad der skal ske med den lange ventetid på to år skal håndteres.

10 Testcamp 2021 v./Michael

Problem

Status på opgaveemner på kommende testcamp i efteråret 2021.

Kort opsummering på opgaveemner.

Hvordan bør testcampen afholdes?

Indstilling

Tages til efterretning

Michael opsummerede og gennemgik opgaverne på testcampen 2021.

Testcamp er potentielt ramt af pandemien endnu.

På mandag holder vi infomøde for leverandørerne, hvor vi bl.a. skal have aftalt, hvordan vi afholder efterårets testcamp. Skal det være video eller på en ø?

Det er ikke gået så skidt på de tidligere testcamp, selvom der har været pandemi.

Det der ligger til kommende testcamp er revideringer på standarderne REF08 og REF12, som er udløst af nye overenskomster.

En lille opgave på diagnosekode i REF07.

En opgave omkring aftaler fra samlet patientoverblik, hente og vise.

En opgave omkring akkreditering af patologisvar, er også en kendt opgave som ligner tidligere testcamp opgaver omkring klinisk kemi, immunologi og mikrobiologi.

De planlagte opgaver som ikke kom med, er anonyme cpr-numre i sygesikringsafregning, da det gamle sygesikringssystem ikke lukkes før sidst på året, så derfor udskydes disse.

Revideret bookingsvar i forhold til projektet omkring forbedring af henvisninger tages heller ikke med ved denne testcamp.

Michael Frank nævner, at det er rigtig ærgerligt, at bookingsvar ikke kommer med nu. Ser også frem til at få lavet en god løsning til opgaverne omkring anonyme cpr-numre, som LPS gerne vil bidrage til.

Kjeld nævner, at der ham bekendt ikke er lavet en ny overenskomst omkring Øfeldt. De er ikke blevet kontaktet af Øfeldt, om at skulle kunne dette.

Michael J: Det er en gammel overenskomstaftale som ikke er blevet effektueret endnu pga. migreringen til DNHF.

Michael Frank: For at vende tilbage til FHIR, kunne de så blive skrevet på engelsk?

Michael J: Det er netop planen, at det bliver lavet på engelsk for både teknisk og klinisk beskrivelse. Den kliniske beskrivelse laves desuden på dansk.

Martin: Hvad er baggrunden for test CDA aftaler?

Michael J.: Vi bruger kun testcampen til dokumentation, så der kan sættes de rigtige grønne mærker. LPS der linker til visning i PLSP forventes certificeret inden testcampen.

Konklusion:

Taget til efterretning.

11 Orientering v./alle

Bilag

Se bilag 11.1

Intet.

12 Evt.

Spørgsmål til orienteringspunkterne.

Der var ingen spørgsmål til orienteringspunkterne.

Ny mødedato er den 16/9-2021 kl. 13-16 som tidligere aftalt og der er sendt en kalenderaftale ud til jer.

Tak for et rigtig godt møde med gode input og diskussioner.